



COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

DON FIDENTINO REYERO FERNÁNDEZ

Sesión celebrada el día 20 de junio de 2014, en Valladolid

ORDEN DEL DÍA

1. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, SC/000213, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre:
 - Plan de ordenación de recursos humanos en Atención Primaria.
2. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, SC/000178, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre:
 - Unificación de las dos Áreas de Salud que actualmente existen en Valladolid.

SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas treinta y cinco minutos.	15715
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, abre la sesión.	15715
Intervención de la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista) para comunicar que no hay sustituciones en su Grupo.	15715
Intervención del Procurador Sr. Aguilar Santamaría (Grupo Popular) para comunicar que no hay sustituciones en su Grupo.	15715
Primer punto del Orden del Día. SC/000213.	
El Vicepresidente, Sr. García Bermejo, da lectura al primer punto del Orden del Día.	15715



	<u>Páginas</u>
Intervención del Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud, para informar a la Comisión.	15715
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, abre un turno para la formulación de preguntas u observaciones por parte de los Portavoces de los Grupos Parlamentarios.	15718
En turno de Portavoces, interviene la Procuradora Sra. Martín Cabria (Grupo Socialista).	15718
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. Aguilar Santamaría (Grupo Popular).	15722
Intervención del Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud, para responder a las cuestiones planteadas.	15724
En turno de réplica, interviene la Procuradora Sra. Martín Cabria (Grupo Socialista).	15727
En turno de dúplica, interviene el Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud.	15729
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, abre un turno de preguntas para los Procuradores que no han intervenido en el debate.	15731
En turno de preguntas, interviene la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	15731
En turno de preguntas, interviene la Procuradora Sra. Marqués Sánchez (Grupo Socialista).	15731
Contestación del Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud.	15732
 Segundo punto del Orden del Día. SC/000178.	
El Vicepresidente, Sr. García Bermejo, da lectura al segundo punto del Orden del Día.	15733
Intervención del Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud, para informar a la Comisión.	15733
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, abre un turno para la formulación de preguntas u observaciones por parte de los Portavoces de los Grupos Parlamentarios.	15737
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. Alonso Díez (Grupo Socialista).	15737
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. Aguilar Santamaría (Grupo Popular).	15739
Intervención del Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud, para responder a las cuestiones planteadas.	15741
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. Alonso Díez (Grupo Socialista).	15744



Páginas

En turno de dúplica, interviene el Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud.	15745
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, levanta la sesión.	15746
Se levanta la sesión a las doce horas treinta minutos.	15746



[Se inicia la sesión a las diez horas treinta y cinco minutos].

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Buenos días. Se abre la sesión. ¿Por los Grupos Parlamentarios hay alguna sustitución que manifestar? ¿Por el Grupo Parlamentario Socialista?

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Gracias, señor Presidente. Buenos días. No hay ninguna sustitución.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Gracias. ¿Grupo Parlamentario Popular?

EL SEÑOR AGUILAR SANTAMARÍA:

Buenos días, señor Presidente. Por el Grupo Parlamentario Popular tampoco hay ninguna sustitución.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Vamos a dar la bienvenida a esta Comisión a don Eduardo García Prieto, Gerente Regional de Sacyl, que va a comparecer para contestar a las dos preguntas del Orden del Día en nombre del Excelentísimo señor Consejero de Sanidad.

Por el señor Vicepresidente se dará lectura del primer punto del Orden del Día.

SC/000213

EL VICEPRESIDENTE (SEÑOR GARCÍA BERMEJO):

Primer punto del Orden del Día: **Comparecencia del Ilustrísimo señor Gerente Regional, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre el Plan de Ordenación de Recursos Humanos en Atención Primaria.**

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Tiene la palabra... tiene la palabra el Ilustrísimo señor Gerente Regional de Salud.

EL DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR GARCÍA PRIETO):

Señor Presidente de la Comisión de Sanidad, buenos días. Señoras y señores Procuradores. Comparezco ante esta Comisión, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista y en nombre del Consejero de Sanidad, para informar a Sus Señorías sobre el Plan de Ordenación de Recursos Humanos de Atención Primaria. Intentaré evitar en mi exposición ser reiterativo, ya que, con ocasión de la petición de compa-



recencia de similar contenido formulada por el Grupo Mixto, el Consejero de Sanidad compareció en esta Comisión el pasado catorce de febrero, facilitándoles información exhaustiva y detallada sobre este proceso, por lo que me centraré exclusivamente en las actuaciones llevadas a cabo desde entonces.

No obstante, y de manera resumida, permítanme recordarles los objetivos y compromisos que adquirimos para llevar a cabo la reestructuración de recursos humanos en Atención Primaria. Este plan debía responder a la directriz de actualizar nuestros recursos sanitarios en el ámbito de Atención Primaria sobre el mapa sanitario actual, que se diseñó hace algo más de 25 años, si bien en absoluto implicaría la modificación del ámbito territorial de nuestras zonas y áreas de salud.

Por tanto, lo único que se modifica con el plan es la distribución de los recursos humanos -médicos y enfermeras- para adaptarlos a los cambios demográficos y tecnológicos que se han producido en nuestra sociedad. Además, el plan garantizaría los mismos niveles asistenciales en el medio rural, manteniendo la atención sanitaria en su intensidad y frecuencia. Este compromiso ha sido ratificado ayer mismo por el Consejo de Gobierno al presentar la Agenda de la Población. Asimismo, se debía reforzar las zonas básicas de salud del medio urbano y semiurbano, donde se está concentrando más población, con mayor presión asistencial, con más plazas de personal médico y enfermero de Atención Primaria. Por último, no conllevaría incremento del gasto en aras a garantizar la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud de Castilla y León.

Como ustedes recordarán, en los días inmediatamente posteriores a la comparecencia del Consejero de Sanidad en esta Comisión se publicaron el Decreto y la Orden mediante las cuales se aprobaron los Planes de Reestructuración y Ordenación de Recursos Humanos para Personal Funcionario y Estatutario respectivamente. Y es a partir de ese momento cuando se inicia el procedimiento que ha permitido que 59 médicos y 37 enfermeras del ámbito rural pasen al ámbito urbano, y además se creen 14 nuevas demarcaciones asistenciales médicas y 8 de enfermería en el medio urbano y semiurbano. Por tanto, son 118 las nuevas demarcaciones asistenciales -73 de médicos y 45 de enfermería- creadas mediante la Orden SAN/233/2014, de cuatro de abril.

La demarcación asistencial constituye el ámbito territorial donde los profesionales sanitarios desempeñan las funciones asistenciales, lo que conlleva la adscripción de las personas con derecho a la asistencia sanitaria que residen permanentemente o temporalmente en las localidades que comprende la demarcación asistencial. Es, por tanto, este el instrumento que permite equilibrar y ordenar el número de pacientes adscritos a cada médico o enfermera.

No obstante, en aquellas zonas básicas de salud, fundamentalmente urbanas o semiurbanas, en las que todas o la mayoría de las demarcaciones corresponden a una misma localidad y no tienen una clara delimitación territorial, es preciso disponer de otro instrumento alternativo que permita adecuar la carga de trabajo de los profesionales pertenecientes al equipo de Atención Primaria.

Este instrumento es el cupo óptimo definido en el Real Decreto 1575/1993, de diez de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de Atención Primaria como un número de usuarios adscrito a un facultativo de Medicina General o Pediatría comprendido entre 1.250 y 2.000, según las características de la zona básica de salud.



La fijación de los cupos óptimos permite que el profesional pueda realizar su labor asistencial con unos niveles adecuados de calidad, y han sido establecidos para determinadas zonas básicas de salud mediante Resolución de la Gerencia Regional de Salud de cuatro de abril de dos mil catorce. Para realizar su cálculo se emplearon los mismos parámetros que han sido utilizados para todo el proceso de reordenación de los recursos de Atención Primaria; es decir, se estimó el número de usuarios según la carga asistencial real para el cupo de cada zona básica de salud teniendo en cuenta las siguientes variables: población en tarjetas sanitarias ponderadas por tramos de edad; número y tamaño de los consultorios locales; tiempo de desplazamiento entre ellos y/o centro de salud correspondiente; frecuentación media de consultas realizadas por año natural; y tiempo medio de atención por paciente.

Asimismo, y conforme al real decreto que regula la libre elección de médico en Atención Primaria, se ha establecido que el número de personas asignadas por cupo óptimo se pueda rebasar hasta un 20 % por cada cupo de médico de familia adscrito al equipo de Atención Primaria de la zona básica de salud.

Castilla y León ya contaba antes de esta reestructuración con el cupo medio de médico y de enfermera más bajo del Sistema Nacional de Salud, siendo de 927 pacientes asignados por cada médico de familia y de 1.153 pacientes asignados por enfermero. Actualmente, el cupo medio de médico en el ámbito urbano ha descendido a 1.549... de 1.549 a 1.000... al 420, y el de enfermera de 1.545 a 1.502 pacientes.

A pesar de que los cupos medios en la zona rural se hayan incrementado ligeramente, este incremento no afecta de manera negativa a la calidad de la asistencia sanitaria, ya que todavía presentan cifras muy por debajo de lo que podría ser su cupo ideal.

La ordenación derivada de las modificaciones en las demarcaciones asistenciales se ha llevado a cabo mediante la modificación de las relaciones de puestos de trabajo (RPT) de personal funcionario y de las plantillas orgánicas de personal estatutario, para así poder efectuar la reasignación de los profesionales médicos y de enfermería adscritos a los equipos de Atención Primaria, publicándose la normativa correspondiente el pasado dieciséis de mayo.

Tal y como está previsto en el decreto y orden que aprueba el Plan de Ordenación, la reestructuración no se completará hasta la convocatoria y correspondiente resolución del concurso de traslado, motivo por el cual ha sido necesario realizar adscripciones provisionales de personal... del personal afectado por la reorganización. De todas las Gerencias de Atención Primaria, la incorporación de los profesionales se ha producido entre los días diecinueve y veintiséis de mayo, a excepción de las Gerencias de Valladolid Oeste y El Bierzo, que se han incorporado el día dos de junio.

Por otra parte, y con el fin de redistribuir las tarjetas sanitarias de las zonas básicas de salud en las que había producido modificaciones en las demarcaciones, se procedió a la selección de las tarjetas sanitarias que debían cambiar su asignación de médico. Estas se detrajeron de cada cupo médico según un sistema aleatorio, teniendo en cuenta los tramos de edad y respetando en todo caso la integridad de las unidades familiares. Un modelo similar ha sido aplicado para reasignar las cargas profesionales de enfermería.

El número de usuarios a los que se ha cambiado de médico supone un total de 101.059; por lo tanto, el porcentaje de población afectada por el cambio de pro-



fesional ha supuesto un 4,18 %. A todos ellos se ha dirigido una carta del Gerente de Atención Primaria comunicándoselo. El número de reclamaciones de usuarios motivada por cambios en la asignación de médico ha sido de 1.368 reclamaciones escritas, de las cuales han sido estimadas favorablemente un total de 418.

Asimismo, y en cumplimiento de lo dispuesto en la Orden del seis de junio de mil novecientos ochenta y seis, por la que se aprueban las normas mínimas de funcionamiento de los equipos de Atención Primaria en Castilla y León, se ha informado a la población, a través de comunicación a los Alcaldes de los Ayuntamientos de las zonas afectadas, de los horarios y frecuencias de las consultas de los consultorios locales, con el fin de asegurarles el compromiso adquirido de mantener la frecuentación y el adecuado funcionamiento de los servicios sanitarios.

En resumen, la aplicación del Plan de Ordenación de Recursos Humanos en Atención Primaria se ha llevado a cabo con normalidad y no ha supuesto -tal y como preveíamos- ninguna merma en la calidad de la asistencia sanitaria prestada a los usuarios de las zonas rurales, ya que todavía presentan cifras muy por debajo de su cupo ideal.

Por el contrario, la incorporación de... de profesionales en los equipos de Atención Primaria del medio urbano ha supuesto una disminución de la carga asistencial de los profesionales, que, sin duda, permitirá un mayor tiempo de atención a los usuarios y una mejor calidad de su asistencia. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, se procede a la apertura de un turno de Portavoces de los distintos Grupos Parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra, por un tiempo máximo de dos... de diez minutos, perdón, la señora Martín Cabria.

LA SEÑORA MARTÍN CABRIA:

Gracias, señor Presidente. Buenos días a todos. En primer lugar, agradecer al Gerente de Salud, de la Consejería de Salud de la Junta de Castilla y León, el señor Prieto, que esté hoy compareciendo aquí. Sin menospreciar, por supuesto, su asistencia e intervención a esta comparecencia, sí que nos gustaría que no sentase precedente y que, cuando se pida la comparecencia del Consejero, sea este quien comparezca o, por lo menos, así se nos refiera con... con anterioridad.

Pero, bueno, hoy venimos aquí a hablar sobre el Plan de Ordenación de Recursos Humanos en Atención Primaria, un modelo el de Atención Primaria que, como usted ha referido anteriormente, pues lleva estando vigente más... no, casi 30 años, más de 25 años ha dicho usted. Durante estos años, el mapa demográfico, administrativo e incluso sanitario se ha modificado considerablemente, incluso ha dejado de... de ser prestado, digamos, por el... por el Estado para traspasarse a las Comunidades Autónomas.

La sanidad es una prestación esencial y, concretamente, la Atención Primaria es la que, durante estos años, ha garantizado el acceso en igualdad de condiciones de todos los ciudadanos a este sistema de salud, independientemente de que se viva en el medio rural o que se viva en la ciudad. Entonces, llegó un momento en el que su Consejería se plantea abordar la reestructuración de la Atención Primaria.



Dice el diccionario que “reestructurar” es reorganizar, modificar la estructura de una obra, disposición, empresa, proyecto, organización, etcétera. Entendemos que para mejorar algo que es manifiestamente mejorable, y hasta ahí este Grupo Parlamentario está de acuerdo. Pensamos que era necesaria mejorar y, por lo tanto, reestructurar la Atención Primaria. Lo que pasa es que ustedes empiezan por hacer este plan de ordenación de recursos humanos, que no es otra cosa, lo pinten ustedes como lo pinten, que recortar en médicos y en enfermeras, principalmente del medio rural. Concretamente –usted ha dicho los datos seguramente mucho mejor que yo–, Castilla y León pierde en global 53 médicos y 37 enfermeras. Eso son los... las plazas que desaparecen de forma global. Pero quien más pierde es, de una forma desproporcionada, el medio rural, que pierde 126 médicos (53 plazas que se amortizan, 59 que pasan a zonas urbanas o periurbanas dentro del mismo área y 14 que cambian de área) y 52 enfermeros (37 que pasan a centros de salud urbanos dentro del mismo área, 8 que cambian de área y 7 plazas que se amortizan). O sea, 126 médicos y 52 enfermeros; de 680 médicos rurales pasamos a 554, un 18 % menos, cuando en los últimos 14 años la población que han perdido los núcleos menores de 5.000 habitantes en Castilla y León no llega al 10 %; 18,5 % médicos menos respecto de una población que merma en el área... en los áreas más rurales un 10 %.

Además, esta reducción tan sangrante de efectivos sanitarios no se puede leer fuera de un contexto global de abandono y desprotección del medio rural, porque no olvidemos que, bajo el paraguas de la crisis, que parece que es el paraguas del todo vale, se deja de invertir en infraestructuras rurales, en educación rural, en transporte de viajeros regular, en transporte a la demanda, en cultura en el medio rural, en otros servicios, con lo que las condiciones de vida del medio rural bajan de una forma paralela a la que se van vaciando nuestros pueblos. Y usted, en su Gerencia y su Consejería, puede decir: no, es que yo no soy responsable de los recortes de otras Consejerías. Si la Junta de Castilla y León, y usted ha hecho referencia antes a la Agenda de la Población, apuesta por frenar la despoblación rural, ninguna Consejería puede quedarse al margen, y hay que tomar decisiones que son inversamente o diametralmente opuestas a las que establece este Plan de Ordenación de Recursos Humanos de la Atención Primaria. No se puede recortar en... en recursos. Bueno, poder, se puede, puesto que ustedes han recortado, pero no se debe recortar. ¿Que hay que discriminar al medio rural por... por esta sangría de despoblación y por este envejecimiento de población? Pues igual sí, igual hay que discriminarle, pero discriminarle positivamente, discriminación positiva. En el medio rural no se puede ahorrar, hay que gastar más. Sabemos que la sanidad del medio rural es más cara; lo sabemos y sabemos que también su... su Gerencia utiliza más dinero en el medio rural que... proporcionalmente, que en el urbano, pero es que esto tiene que ser así. Y no se puede ahorrar... la Consejería de Sanidad no puede ahorrar en base a quitarle recursos al medio rural, que es lo que está haciendo con este... que es lo que exactamente ha hecho con este plan.

Esta ordenación de recursos humanos, además, no es un recorte aislado. Este... estos recortes ya vienen derivándose en cascada. Se han dejado de contratar sustitutos para vacaciones, cuando en muchas áreas rurales, usted lo sabe, se triplica la población en... en verano. Hace poco leí en la prensa que decía la Junta que estaría muy atenta a estos repuntes de... de población o de superpoblación en algunas áreas de Castilla y León. ¿Cómo que estar atenta? Esto no es algo pun-



tual, esto pasa todos los veranos y esto debería de estar previsto. No se refuerzan para nada. Y vamos a ver qué pasa este verano con el detrimento de las plazas médicas que ha habido, a las que hay que sumar el 25 % de los sanitarios que, de forma más o menos general, se van de vacaciones durante los distintos meses de... del verano.

Han dejado también de contratar personal sustituto para bajas por enfermedad o permisos oficiales, como enfermedad, muerte de familiar, cumplimientos de deberes inexcusables, etcétera. Y también han dejado de contratar personal para los descansos postguardia. Todo esto, toda esta falta de contrataciones de personal, pues ha venido siendo asumido por los propios equipos de Atención Primaria, lo que ha tensado la situación de una forma importante. Toda esta labor que hacen los profesionales, ¿eh?, sanitarios, médicos y enfermeros, con esta labor, digo, es verdad que llegan y lo cubren todo, de forma que han reducido plazas, pero es verdad que no han cambiado la frecuentación y... y los días que se pasan consulta. No lo han cambiado ahora, porque es que han sido muy cucos, hace dos años, hace dos años redujeron frecuentación y días de atención al público, y no redujeron personal. Dijeron: vamos... vamos a adecuar a ese famoso decreto de... de población de pueblos y... y número de consultas programadas, semanales o diarias, en los pueblos, pero no vamos a quitar personal. Entonces, redujeron las periodicidades y no quitaron personal. Y cuando ya lo tenían reducido, fueron y quitaron personal, y dijeron: no, este... con este... redujimos personal, pero no vamos a... a reducir las consultas en... en los pueblos. Claro, no las tenían que reducir porque ya las habían reducido anteriormente.

Pero a lo que iba es que, con toda esta merma de efectivos, los profesionales están realmente... se ha tensado mucho esta situación, y obligatoriamente esto incide en la calidad asistencial, ¿cómo no? Si para... si para cubrir a un compañero hay que modificar los horarios de consulta, hay que cerrar agendas, hay que modificar días de atención, ¿cómo eso no va a repercutir en la atención asistencial? Por supuesto que sí.

Usted ha hablado de... de las demarcaciones, de la reestructuración territorial desde las demarcaciones. Discúlpeme, pero lo único que han hecho ha sido unir cupos o dividir cupos: en el medio rural han unido cupos, sin más, un cupo se ha pegado a otro, y en el medio urbano, pues han dividido un cupo entre... entre dos. Así tenemos, por ejemplo, que en Pomar de Valdivia... -y permítame que me refiera a municipios de la provincia de Palencia, porque son los que más controlo, pero, sin duda alguna, todo esto se repite en cada una de las nueve provincias de Castilla y León- en Pomar de Valdivia, pues se han unido dos cupos, una médica con 24 pueblos. Imagínese usted, imagínese usted cuando a mitad de mañana surge una urgencia y la médica se tiene que ir a cubrir esa urgencia. Es que el caos más absoluto.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Vaya finalizando, Señoría.

LA SEÑORA MARTÍN CABRIA:

No me diga que ya me he pasado de tiempo.



EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Sí.

LA SEÑORA MARTÍN CABRIA:

Bueno. Decir... -se me ha hecho cortísimo, porque es que hay tanto que decir- decir que en la Atención Primaria rural se solucionan el 90 % de las consultas que se generan. Que puede ser que la tasa de frecuentación sea más amplia, pero también tiene que tener en cuenta que esa tasa de frecuentación lo que hace, precisamente, es limitar los ingresos hospitalarios. Y con esta reducción lo que vamos a conseguir es que un ahorro a corto plazo... igual con un ahorro a corto plazo igual se genera un ahorro... -perdón- un gasto mucho mayor a largo plazo. Que la reducción -esto, me tiene que dar un minuto para decirlo, porque me parece que es muy importante- de médicos lo que está haciendo, o lo que está conllevando, es un cambio de modelo sanitario, un cambio de modelo sanitario. Porque reducir la Atención Primaria al mero asistencialismo es lo que se está consiguiendo, reducir... renunciar definitivamente a otros aspectos de la salud pública, que no solamente es pasar consulta.

Y le voy a decir simplemente, porque así aparece entre las funciones de los equipos de Atención Primaria. Funciones de salud pública: promoción, protección y diagnóstico de la salud. Segundo, funciones docentes: actividades de formación continua, sesiones clínicas, sesiones bibliográficas, manejos de métodos y técnicas de trabajo en el campo de la salud pública. Funciones de investigación. Funciones administrativas: archivo, historias y evaluación continua. Participación comunitaria. Además de la ejecución de los planes y estrategias de salud elaborados por la Junta de Castilla y León. Y, en séptimo lugar, la función asistencial de... sanitaria: las consultas, los avisos, la atención continuada, que es, precisamente, a la única función... en la única función que ustedes se centran, y con la que justifican este recorte de efectivos sanitarios. Solamente...

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Por favor, ya... ya.

LA SEÑORA MARTÍN CABRIA:

(Estoy ya finalizando).

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Se ha pasado ya tres minutos. Haga el favor ya de terminar...

LA SEÑORA MARTÍN CABRIA:

... solamente... (Sí, estoy... estoy ya acabando).

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

... y dejarlo para el siguiente turno de intervención.



LA SEÑORA MARTÍN CABRIA:

(Sí, sí). ... solamente decir que este desfase entre... entre las 200 cartillas que defiende el medio rural y las 2.000 lo justifican simplemente con esta función, cuando los equipos de Atención Primaria tienen otras muchas.

Y ya para terminar, solamente que nos conteste a este Grupo Parlamentario si con este Plan de Ordenación de Recursos Humanos, con este recorte de personal, está zanjada para ustedes la reestructuración de la Atención Primaria, y si han renunciado definitivamente a todas estas otras funciones de los equipos de salud a las que me he referido. Y, si no han renunciado a estas, ¿cómo, con qué tiempos, y con qué medios, y con qué esfuerzos las van a llevar a cabo?

Y pedir perdón al Presidente de Mesa y agradecer su... bueno, que no me haya cortado. *[Murmullos]*.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Gracias. Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra don Jesús Aguilar Santamaría.

EL SEÑOR AGUILAR SANTAMARÍA:

Buenos días, Presidente. En primer lugar, agradecer al Gerente y a su equipo la... su presencia en esta Comisión, y dar gracias por la comparecencia en este... en este tema, que, como comentaba el Gerente, ya hemos tratado varias veces, tanto en Comisión como... como en Pleno.

Bueno, pues está claro, ¿no?, que el Plan de Ordenación de Recursos Humanos en Atención Primaria, para este Grupo, garantiza y mantiene la intensidad y la calidad de la prestación del servicio público de sanidad en toda la Comunidad, a la vez que refuerza y mejora la atención sanitaria en las zonas urbanas con mayor presión asistencial. La finalidad del Plan de Ordenación de Recursos es mejorar la distribución de las cargas asistenciales de los profesionales en el ámbito de la Atención Primaria, contribuyendo a una mejora en la prestación de la asistencia sanitaria que recibe el ciudadano, adecuándola al incremento de población registrado en determinados núcleos, fundamentalmente urbanos, y reordenando las demarcaciones asistenciales de las zonas básicas de salud con carga... con baja carga asistencial.

Mediante esta reorganización -entendemos- se busca la disminución de los cupos de los profesionales que registran mucha carga asistencial, para mejorar la calidad en la asistencia, con un criterio muy claro: que en las zonas rurales se va a mantener las prestaciones actuales, tal y como marca la Orden SAN/233/2014.

Hay que tener presente que la distribución territorial de los profesionales de Atención Primaria, como decía el Gerente, no se ha modificado en los últimos 25 o 30 años, ¿no?, y que ello ha generado desequilibrios importantes en las cargas asistenciales. Lo fundamental es, para este Grupo, que se han mantenido... que se mantienen los 249 centros de salud y en los 3.652 consultorios locales rurales la misma atención y con la misma intensidad que se viene prestando en los últimos años, pero equilibrando y redistribuyendo las cargas asistenciales de forma coordinada, garantizando, al mismo tiempo, los derechos de los profesionales afectados y la calidad de la prestación sanitaria a los ciudadanos.



En definitiva, esta nueva ordenación trata de conseguir, en primer lugar, la máxima eficiencia en la asignación de los recursos humanos en el ámbito de la Atención Primaria, de manera que redunde en una mayor calidad de la prestación del servicio sanitario. En segundo lugar –entendemos–, favorece la estabilidad de los profesionales en los equipos de Atención Primaria de la Gerencia Regional de Salud, permitiendo su acceso a las nuevas demarcaciones asistenciales, mediante procedimientos de provisión definitiva; y, lo más importante, todo ello manteniendo la atención en los mismos puntos y localidades que hasta ahora, y con la misma intensidad y calidad que hasta ahora.

Y, para ello, yo creo que... nosotros entendemos que es importante ver los datos y saber los datos, ¿no?; datos que muchas veces se han repetido, pero que en estos debates es importante siempre tenerlos delante, ¿no? Tenemos el 36 % de todos los consultorios locales existentes en España. La accesibilidad que tenemos en nuestro país es la mayor, tenemos 8,1 visitas por ciudadanos... por ciudadano, cada año, a su médico de familia, mientras que en España se limita a 5,4. Nuestra Comunidad es la que mayor esfuerzo realiza en Atención Primaria, el 17,8 % del presupuesto del Sacyl, frente a una media del 13,8. Es la Comunidad con mejor dotación de médicos de Atención Primaria –como nos decía–, 927 tarjetas sanitarias por profesional, frente a una media de 1.356. Es la Comunidad con mejor dotación de profesionales de enfermería de Atención Primaria, 1.153 pacientes por profesional, frente a una media de 1.577. Tiene una mayor dotación de consultorios locales –como decíamos–, 3.652, el 36 %, para una población del 5 % nacional; de ellos, 1.407 se encuentran en núcleos de menos de 50 habitantes, y 252 en núcleos con 10 o menos tarjetas sanitarias. En las 172 zonas básicas de salud rurales viven el 49,4 % de la población, pero trabajan el 67 % de los médicos de Atención Primaria, están el 76,7 % de los puntos de urgencia de Atención Primaria, y han recibido el 63,7 % de las inversiones de Atención Primaria. Yo creo que los datos, los números, siempre son tozudos, y de aquí tenemos que sacar nuestras propias conclusiones. En España solo el 6,5 % de los médicos tienen asignadas menos de 500 tarjetas. En Castilla y León, 1 de cada 3, el 33,2 %, todos ellos en zonas rurales. Los cupos medios son de 680 tarjetas en nuestro medio rural, frente a las 1.549 en el medio urbano.

Pero es lógico –y es lógico– que todo cambio suscite dudas, suscite expectativas, y, por supuesto, reacciones contrarias a ese cambio; y, por supuesto, habrá profesionales, habrá ciudadanos, o habrá Alcaldes, o habrá dirigentes locales a los que no les guste. Pero para eso se han mantenido –yo creo– por parte de la Consejería, en su tramitación, negociaciones con la Mesa Sectorial, con los representantes de los trabajadores –como posteriormente se han explicado en estas Cortes, tanto por el Consejero de la Presidencia... de la Presidencia como el de Sanidad–; y este último, en numerosas reuniones que ha mantenido con diversos grupos de Alcaldes, Presidentes, Portavoces de los Grupos Políticos, de las Diputaciones, en las que se han puesto de manifiesto, con datos concretos de diversas zonas, sus horarios de atención, sus desplazamientos, que este proyecto es posible, y que donde se ha reducido el número de médicos se mantiene la intensidad en la atención. También se han mantenido reuniones con los colegios de médicos. El Consejo Autonómico de ellos ha compartido la necesidad de reordenación, apuntando además que, en su opinión, se debe proceder, además, a centralizar la atención en los centros de salud –dicen ellos–; también con las organizaciones profesionales agrarias, que también manifestaron sentirse satisfechas con las garantías de mantenimiento



de los servicios en el territorio, de igual forma que en los grupos de acción local de Castilla y León.

Hemos visto los datos que nos da el propio Gerente sobre el número de reclamaciones desde que se ha puesto en funcionamiento, con lo cual, nosotros entendemos que las explicaciones que nos ha dado sobre... sobre este plan de ordenaciones cubre perfectamente el objetivo que se quería alcanzar con este plan de... de ordenación. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Para contestar a las cuestiones planteadas, tiene la palabra el Ilustrísimo señor Gerente Regional de Salud.

EL DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR GARCÍA PRIETO):

Muchas gracias. Yo, en primer lugar, agradezco a los dos Grupos Parlamentarios que reconozcan, porque esto ha sido debatido en diferentes ocasiones en esta mesa, incluso en los medios de comunicación, que el compromiso de mantenimiento de la intensidad y de la frecuencia en los consultorios locales, tal y como veníamos estableciendo, es una realidad, y que, por lo tanto, el objetivo, o uno de los objetivos que marcaba el Plan de Ordenación de Recursos Humanos se ha... se ha cumplido.

Como decía el Grupo... el representante del Grupo Parlamentario del Partido Popular, yo no he querido incidir y no he querido repetir lo que ya tantas veces hemos dicho en... en esta mesa sobre que Castilla y León tiene los mejores ratios de médico por habitantes, o de habitantes por médico, o de enfermera. Esto, en muchas ocasiones, y cuando así lo hemos expuesto, nos han recordado que es debido a la alta población que tenemos en el... en el medio rural; y así es.

Dice el Partido Socialista que no estamos apoyando las políticas que realiza el Gobierno, que no damos respuesta a las políticas que está realizando el Gobierno de la Junta de Castilla y León para el mantenimiento de la población en el medio rural. Yo creo lo contrario: el que nosotros tengamos más médicos o más enfermeras que van y vienen a trabajar al medio rural no incrementa, en absoluto, el número de... de habitantes que hay en... en una... en la zona rural; lo que realmente influye en esto es mantener los servicios, y esto es lo que nosotros hemos hecho. Lo que nosotros hacemos es mantener los servicios, y los mantenemos a pesar de que estamos muy por encima de lo que la propia normativa nos marca. La Orden del seis del... del seis del ochenta y seis, que es la que regulaba la frecuencia... la orden que regulaba la frecuencia con la cual se debía acudir a... a los centros... a las localidades... a los consultorios locales, y que posteriormente fue modificada en el año noventa y uno, establecía inicialmente 100 habitantes en un consultorio local para que se fuera, al menos, una vez a la semana; en el año noventa y uno esta cifra se redujo a 50; en estos momentos, y porque mantenemos esa frecuencia, con la que íbamos, tenemos 1.480 consultorios con menos de 50 tarjetas a los que se sigue acudiendo, pero es que tenemos 276 consultorios con menos de 10 tarjetas a los que, una vez cada quince días-una vez al mes, se sigue acudiendo a pasar consulta. Esto, cuando lo explicamos fuera de nuestro ámbito, fuera de... de Castilla y León, nadie lo entiende.



Como decía el Grupo... el representante del Grupo Popular, la Atención Primaria está diseñada... el modelo de Atención Primaria está diseñado para prestar una asistencia sanitaria de calidad a la población; y una asistencia sanitaria de calidad solamente se puede prestar cuando se dispone de los medios suficientes, y esto es muy difícil disponer de medios suficientes en los consultorios; en el consultorio se dispone, pues de lo que un médico tradicionalmente disponía o una enfermera tradicionalmente disponía hace ya muchos años (su maletín, su fonendo, su esfigmomanómetro... hoy día ya también pues dispone de otros equipos, como puede ser el glucómetro o como puede ser, pues un otoscopio, cosas que al principio de la reforma no existían). Se necesita tener medios, se necesita tener capacidad de diagnóstico, se necesita tener electrocardiógrafos, y esto está en el centro de salud, esto está en el centro de salud, no puede estar en cada consultorio.

A pesar de ello, y dado que la población nuestra es una población envejecida, seguimos manteniendo una alta actividad, como he dicho, de asistencia sanitaria en el consultorio. Pero hay que entender que, si realmente queremos prestar una asistencia sanitaria de calidad, esta asistencia sanitaria se puede prestar, fundamentalmente, en el centro de salud; y en este lugar es donde realmente deberían estructurarse –y así se ha hecho con algunos medios, como por ejemplo la... el transporte a demanda, para que el paciente pueda acudir a estos centros-. En estos centros no solamente hay médicos y enfermeras, en los centros de salud hay también matronas, hay fisioterapeutas, hay otra serie de... de profesionales que completan o complementan la asistencia sanitaria que se presta a esta población.

Seguimos teniendo 64 médicos con menos de 200 tarjetas sanitarias, solo 592 médicos tienen más de 1.420 tarjetas sanitarias, es decir, superan la media de la Comunidad... de la Comunidad Autónoma. Por lo tanto, nuestro compromiso con la asistencia sanitaria sigue siendo importante.

Usted me decía que... que, claro, que ahora, cuando llegue el verano, que puede haber problemas; que es que no hacemos... que sustituimos menos; que es que no... no tenemos en cuenta los incrementos de población que hay en la zona rural durante el periodo de verano. Yo le puedo decir que sí, pero hay que tener en cuenta todos los factores. Hay que tener en cuenta que tenemos 588 médicos y son 428 enfermeras, que son lo que denominamos “médicos y enfermeras de área”; esto, en un hospital, es lo mismo que tener una plantilla volante. Es decir, tenemos una plantilla volante de 18... de aproximadamente el 18 % de la plantilla; 18 % de la plantilla, que están estudiados y su número está estudiado para que se cubra al menos el 60 % de las ausencias previstas de médicos y enfermeras, que está estudiado para complementar las horas de atención continuada que el equipo de Atención Primaria no puede prestar directamente y que tenemos que prestar en los puntos de atención continuada rurales o urbanos.

Cuando contamos las cifras, cuando hablamos de los 1.420, jamás metemos estos 588 médicos o estas 428 enfermeras, que deberíamos sumar como recursos permanentes; pero es que, además, seguimos sustituyendo, en menor cantidad de la que sustituíamos hasta este momento, sí, pero es que hay que tener en cuenta que la jornada se ha incrementado en un 7 % prácticamente, y ese incremento de jornada durante un 7 %, lógicamente, conlleva a un 7 % más de disponibilidad de tiempo de médico y de enfermera.



Usted me dice que es que no sustituimos cuando son... se producen los descansos postguardia, pero es que hay que tener en cuenta que el descanso postguardia conlleva 2,5 horas por cada guardia que debe ser recuperada por el médico o la enfermera que lo ha realizado; por lo tanto, son 2,5 horas que pueden incrementarse en atención sanitaria.

Me dice que solamente nos centramos en la asistencia sanitaria. Yo siento decirle que no, siento decirle que no. Cuando nosotros hacemos el cálculo de los cupos, cuando hacemos el cálculo de cuántos habitantes deben estar adscritos a cada zona... a cada médico o a cada enfermera, tenemos en cuenta 5 horas de asistencia sanitaria -5 horas, en las que están incluidos también los desplazamientos que deban realizar desde el centro de salud al... al consultorio o entre los diferentes consultorios-. Por eso, hay cupos que, a pesar de ser muy reducidos, siguen siendo cupos que están más o menos dentro del nivel que nosotros consideramos óptimo; y hay cupos óptimos que son de 400 habitantes, porque el número de horas de desplazamiento que tiene que realizar el facultativo es muy importante. Esto tal vez es motivo de otro... de otra reflexión, es motivo de analizar cuál debe ser el modelo y dónde debemos prestar la asistencia.

Por lo tanto, nos quedan 2,5 horas todos los días para realizar actividades de formación, la actividad organizativa del equipo de Atención Primaria, de diagnóstico de salud. Pero es que, además, los equipos de Atención Primaria tienen... cobran una cantidad -es mayor en las enfermeras que en los médicos- que se llama "atención continuada modalidad A". Esta atención continuada modalidad A lo que viene a retribuir es la disponibilidad que tienen que tener este personal para realizar determinadas tareas fuera de la jornada laboral y que están dirigidas fundamentalmente a actividades relacionadas con la educación sanitaria a grupos, la educación sanitaria en... en los propios colegios o la participación... o la participación ciudadana. Esto es como está organizado.

Posiblemente tenemos algún caso -y posiblemente es en el que usted se está fijando; yo, desde luego, me fijo en la generalidad, y la generalidad no ocurre eso- en la que algún facultativo, en el que alguna enfermera... tenemos 3.600 facultativos, pues que algún caso puede ser en que realmente no estén haciendo esto, que en alguna zona básica de salud no estén haciendo... se estén olvidando de las actividades comunitarias, se estén olvidando de las actividades de formación, pero disponen del tiempo para poderlo hacer. Y, desde luego, si nosotros tenemos conocimiento de que esto está ocurriendo en alguna zona básica de salud, no tenga duda de que nosotros vamos a adoptar las medidas para corregir esta situación.

No sé si he dado respuesta a todas las preguntas, a todas las cuestiones que han sido planteadas, tanto por el Grupo Socialista como por el Grupo Popular, pero tampoco quiero extenderme mucho más. De todas formas hay un... un turno de preguntas y con mucho gusto intentaré dar contestación a cuantas me haga. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para un turno de réplica, tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, la señora Martín Cabria.



LA SEÑORA MARTÍN CABRIA:

Gracias, Presidente. La verdad es que me gustaría tener más tiempo para poder entrar en profundidad en los temas. Es imposible. Solamente lo... voy a referirme a lo último que usted ha dicho de que esas funciones, que no son la pura asistencia sanitaria como tal, se llevan en la... en los centros de salud. A mí me extraña mucho que con más jornada, menos dinero y más trabajo la mayor parte de los profesionales y de los equipos de... de Atención Primaria estén llevando a cabo estas funciones. Nuestra percepción por lo menos es que son más en los que no se llevan que en los que se llevan, por eso que le he dicho: más jornada, menos dinero y más trabajo.

Bueno, nosotros estamos de acuerdo con ustedes en que hay que mejorar la Atención Primaria y hacerla más eficiente. Lo decía también el... el representante del Partido Popular. Pero ustedes es que han empezado la casa no por la ventana, por la chimenea. Primero, hay que ver cómo, dónde, con qué y con quién es necesario contar para mejorar la Atención Primaria. Una verdadera reestructuración. Usted ha hablado de... de declaración de demarcaciones. Es que hay que hacer un planteamiento serio y profundo. *[Murmullos]*. *[Se apaga la luz en la sala]*. (Bueno, sigue funcionando el... el micrófono, sigo hablando). Un replanteamiento territorial más profundo... *[murmullos]* ... tanto de las demarcaciones como de las zonas y de las áreas de salud, porque es que han cambiado las carreteras, han cambiado los flujos, ha cambiado el transporte a la demanda y el transporte regular.

Por ponerle un ejemplo, y siguiendo con... con mi provincia, hay pueblos entre Carrión y... y Saldaña a los que se deriva al Centro de Salud de Saldaña cuando el flujo normal de la gente es hacia Carrión, cuando el transporte está orientado hacia Carrión y tal. Igual merece la pena, pues fijarse en esos comportamientos de la población a la hora de hacer un replanteamiento territorial serio.

Ustedes abogan por la coordinación sociosanitaria, ¿eh?, y... y resulta que antes había una propuesta de hacer coincidir los mapas... las zonas de acción social con las zonas de salud. Nosotros no sabemos en qué momento ese objetivo se cayó de la agenda de la Junta de Castilla y León, ¿eh?, no... no hay nada que... que parezca que... que esa confluencia de zonas básicas de salud y de acción social pueda... o lleve camino de equipararse.

La mejoría... la mejora de los medios para cubrir las urgencias y emergencias, mejorando, entre otras cosas, el transporte sanitario de urgencias. Por ejemplo, en Palencia hay dos UMES para una provincia que tiene unos 150-160 kilómetros de... de norte a sur. Hay que mejorar las... las infraestructuras y los equipamientos de las zonas de salud, incluyendo la dotación de internet en todos los consultorios locales, la instauración total de la tarjeta y receta electrónica, que a estas alturas no está. Es que hay muchísimas cosas que mejorar.

Ayer iba al Centro de Salud de... de Aguilar y me encuentro con unas obras. Digo: ah, ¿están arreglando algo? No. Están haciendo consultas en las salas de espera. La gente por los pasillos. ¿A usted le parece que eso es mejorar? Los centros de salud tienen que contar con más medios técnicos. Usted ha dicho que hay. Es que se necesitan más. Si toda esta reforma de personal ustedes la estuviesen planteando como... o compensando, mejor dicho, con todo este... con más medios técnicos, con más aportación de recursos a las zonas rurales, sería más entendible, pero ustedes han recortado en personal sin más. De todo esto... de todo esto no sabemos absolutamente nada. El desarrollo de la cirugía ambulatoria, la generalización de la



telemedicina, la mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Especializada, e impulsar el resto de esas funciones a lo que yo me he referido antes, y que usted se dice... usted dice que se están desarrollando, pero que nosotros pensamos que no.

Todo eso debe de abordarse, y una vez que esté abordado, entonces ya sí, nos podemos parar y decir... decir: para todo esto que se está haciendo hace falta tanto personal, tenemos cuánto y se necesita quitar, reponer, y demás. Entonces, cuando todo esto en la Atención Primaria realmente esté mejorando y... y esté en... en la vía de realmente solucionarle lo mejor posible los problemas a la gente, en ese momento hay que hacer la reestructuración; no como se ha planteado hasta ahora.

Usted dice que mantienen los servicios y la frecuentación e intensidad y que nosotros estamos de acuerdo con ello. Bueno, mantienen los servicios, la frecuentación e intensidad, así como de cualquier forma, ¿eh?, como le digo: cerrando agendas, cambiando horarios... como buenamente pueden los profesionales de la... de Atención Primaria; y, si no, dese... yo le invito, y además comemos juntos y debatimos lo que quiera, un día de agosto, en el Centro de Salud de Aguilar, que seguramente usted... [murmillos] ... le encanta pasearse... bueno, paseante no, visitar, visitar... [murmillos] ... los recursos con los que usted cuenta.

Con todo esto mejoraría la Atención Primaria, y solo entonces deberíamos de plantear una ordenación de los recursos humanos. Reducir efectivos de... sin más, solamente quitar médicos y enfermeras, nos hace renun... por una parte, renunciar definitivamente a la mejora de los equipos de atención... a la Atención Primaria y al funcionamiento de los equipos, y, después, dejar a medio gas estrategias y planes que se han requetevendido por parte de la Junta de Castilla y León -y voy e enumerar algunos-, en los que la Atención Primaria tiene un papel importante, como es la estrategia contra el cáncer, la atención al paciente crónico, el paciente diabético, a la salud cardiovascular, la salud pública mental, la atención geriátrica, salud pública, gestión de calidad y seguridad del paciente. Todo esto me imagino que entraría dentro de ese tiempo del que usted dice, las dos horas y media, que, según yo tengo entendido, realmente son dos horas, no dos horas y media, por alguna especie de...

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Gracias, Martín Cabria.

LA SEÑORA MARTÍN CABRIA:

Bueno, y ya, simplemente... ya estoy...

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Ya ha finalizado su tiempo. Se ha pasado ya un minuto en esta intervención y tres en la anterior.

LA SEÑORA MARTÍN CABRIA:

Ya, bueno...

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

No, se aca...

**LA SEÑORA MARTÍN CABRIA:**

... ya... ya estoy terminando. Mire, recojo mis papeles, y solamente decirle que lo que más nos tememos, este Grupo Parlamentario, es que sigue habiendo un desequilibrio grandísimo, sigue habiendo médicos... usted ha dicho sesen... sesenta y cinco, que tienen menos de 200 tarjetas; y cuando ustedes dicen que el treinta y uno de diciembre del dos mil quince hacen una evaluación y se ha... van a hacer un nuevo replanteamiento, lo que este Grupo se teme, y... y no podemos consentir, es que sirva para hacer, con esa justificación, un nuevo recorte de personal, porque, como siguen teniendo médicos con 200 tarjetas, esta ordenación de recursos humanos no ha terminado con el problema que ustedes justificaron... con el que ustedes justificaron la reducción, y es que sigue habiendo un desfase y sigue habiendo médicos con 200 tarjetas.

Y nada más, que estamos encantados de que haya comparecido aquí y que también que las zonas rurales hayan... perdón, las zonas urbanas haya incrementado en un número que era necesario de... de demarcaciones y... y demás, aunque creemos que no debería de haberse hecho a costa de reducirlo en el medio rural.

Y muchas gracias, y de nuevo gracias por su benevolencia, Presidente, por dejarme terminar.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Bien. El Grupo Parlamentario Popular renuncia a su turno de réplica. Por lo tanto, tiene, en turno de dúplica, la palabra el Ilustrísimo señor Gerente Regional de Salud.

EL DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR GARCÍA PRIETO):

Muchas gracias, Presidente. Bueno, en primer lugar, agradecer la invitación a... a comer, y... y buscaremos una... una fecha para poder comer. Yo, encantado.

En segundo lugar, bueno, lo que se plantea aquí no es, al final, el explicar si hemos dado cumplimiento o no hemos dado cumplimiento, que yo creo que sí, se ha... se ha cumplido sobradamente, y los compromisos que habíamos adquirido al hacer la reordenación de recursos humanos en Atención Primaria, sino que estamos planteando un debate más amplio, bastante más amplio, que es el debate sobre el futuro de la Atención Primaria en nuestra Comunidad Autónoma. Yo creo que es un debate interesante y... y que debemos comenzar, y yo animo, pues a Sus Señorías, tanto del Grupo Socialista como del Grupo Popular, como del Grupo Mixto, pues a iniciar esta... esta propuesta y hacernos... pues avanzarnos cuáles consideran ustedes que deben ser las líneas maestras que deben fijarse para este debate.

Me dice también que... que hemos dejado... que el Gobierno ha dejado... en algún sitio, en algún momento se ha olvidado de la coordinación sociosanitaria, sobre todo por la unificación de áreas. Yo le recuerdo que, en estos momentos, tenemos una Ley de Ordenación del Territorio que lo que está haciendo precisamente, lo que está buscando precisamente, y que ha tomado como base las zonas básicas de salud, y lo que está haciendo precisamente es tratar de crear un ámbito territorial donde los servicios sanitarios que se prestan en ese ámbito territorial... -perdón- sanitario,



los servicios que se prestan a ese ámbito, desde el punto de vista de educación, sanitarios, etcétera, están coordinados y están integrados dentro de... de estas unidades, ¿no?, territoriales. Por lo tanto, no ha sido un motivo o en ningún caso el Gobierno se está olvidando de esta... de esta coordinación.

Yo, finalmente, lo que quería también es... es aclarar, dentro de este debate, que podría ser mucho más amplio, algunos conceptos. Primero, la cartera de servicios de Atención Primaria no se ha modificado. Desde el año dos mil dos, que asumimos las competencias en materia de sanidad, al contrario, la cartera de servicios se ha incrementado; y los objetivos que se fijan en esta cartera de servicios de cobertura poblacional se mantienen para todos los equipos de Atención Primaria y se negocian todos los años con cada uno de los equipos de Atención Primaria. Por lo tanto, cuando nosotros tenemos en cuenta la ordenación de los recursos humanos, no solamente tenemos en cuenta la asistencia sanitaria a demanda, sino todas las actividades que deben de ser... ser desarrolladas en el ámbito de Atención Primaria. Nosotros no... no decimos solamente cuántas personas vienen a consulta a demanda, también contamos las personas que vienen con consulta programada, las personas a las que hay que realizar visitas domiciliarias, etcétera. Cuando contamos la media de frecuentación de estos pacientes, contamos la media de frecuentación de todos los pacientes, no solamente de aquellos que acuden porque en un momento puntual se encuentran enfermos, sino también todos aquellos a los cuales el propio equipo de Atención Primaria llama o cita de forma programada para realizar determinadas revisiones.

Hay otros aspectos que a nosotros nos encantaría tener resueltos, pero que no los tenemos resueltos y que no está tampoco en nuestra mano el resolverlo, como, por ejemplo, que en todas las localidades de nuestra Comunidad haya ADSL, o que haya acceso a internet. Nosotros podemos extenderlo, podemos extender nuestra historia clínica electrónica cuando existen los medios para que podamos hacerlo; mientras esto no ocurre, no podemos hacerlo. Estamos... en estos momentos tenemos más de 2.000 consultorios que no tienen acceso -2.200 me parece que son-, que no tienen acceso a internet; estamos estudiando en estos momentos la posibilidad de utilizar 1.000 consultorios a través de los sistemas de WiMAX, porque sí que tienen en algunos casos WiMAX; y estamos también estudiando la posibilidad de acceder a estos consultorios a través de vía satélite. Entonces, bueno, pues cuando esto lo tengamos desarrollado, lo podremos hacer.

Pero yo quería acabar refiriéndome a algo que me parece fundamental y que me parece especialmente importante, y es que ustedes se refieren fundamentalmente a motivos de ahorro y de eficiencia cuando hacemos la reordenación de recursos humanos, y yo no voy a negar que estos están encima de la mesa cuando hacemos esta... esta reordenación, pero fundamentalmente nosotros lo que tenemos en cuenta son motivos de efectividad y de seguridad. Cuando nos referimos a que un médico tiene menos de 200 tarjetas sanitarias, no estamos diciendo que es que con 200 tarjetas sanitarias haya que amortizar su plaza, no es esto; el problema es que con 200 tarjetas sanitarias el volumen de demanda, el volumen de atención sanitaria que ese médico tiene es muy bajo, y mantener la práctica médica y la práctica de enfermería cuando tienes un volumen bajo de actividad requiere un esfuerzo mucho más alto que cuando tienes un alto número de pacientes, que te permiten, pues mantener tu práctica asistencial; esto es cierto para todas las especialidades, pero



es cierto también para medicina familiar y comunitaria. Son los propios médicos, son las propias enfermeras las que muchas veces se quejan de que esta... este bajo número de pacientes no les deja desarrollar adecuadamente su profesión sanitaria, no les deja desarrollarse profesionalmente, y nosotros nunca les echamos en cara. La culpa de que esta situación se dé es nuestra; la culpa de que esta situación... de que un médico tenga nada más 200 tarjetas, y a lo mejor el trabajo que tenga de atención sanitaria ese paciente sea de 1 hora al día, y que el resto del tiempo se lo pase en un coche, no es suya, la culpa es nuestra. Nosotros, por lo tanto, cuando hacemos estas medidas tenemos en cuenta toda la cartera de servicios y, además de tener en cuenta toda la cartera de servicios de Atención Primaria, lo que tenemos en cuenta es tratar de que el médico mantenga un nivel mínimo... y la enfermera mantenga un nivel mínimo de pacientes que permitan, pues la prestación de una asistencia sanitaria efectiva, eficiente, pero también con criterios de seguridad.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Terminado el turno de Portavoces, se abre un turno para que el resto de Procuradores presentes que no hayan actuado como Portavoces de los Grupos puedan escuetamente formular preguntas o pedir aclaraciones sobre la información facilitada. ¿Grupo Parlamentario Socialista? ¿Por el Grupo Parlamentario Popular? Bueno, pues, entonces, de forma rápida, para formular su pregunta, la señora Martín Juárez tiene la palabra.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Gracias, señor Presidente. Rápidamente. Señor Gerente, ha hablado usted de algo más de cien mil usuarios que han cambiado de médico, de los que han reclamado mil seiscientos cincuenta o cincuenta y ocho, y que se habían estimado cuatrocientos cincuenta. Si puede, ¿me amplía un poco más... -o cuatrocientos y algo que se habían estimado esas reclamaciones- me amplía un poco más esta información? Porque sí que nos han llegado casos de enfermos que no quieren cambiar de médico, porque llevan muchos años con él, y tal, y esto, de alguna forma, ¿no cree usted que conculca, o cómo se equilibra el cambio forzoso con la libre elección de médico? Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. De forma escueta también, por favor, para formular su pregunta, tiene la palabra la señora Marqués Sánchez.

LA SEÑORA MARQUÉS SÁNCHEZ:

Gracias, señor Presidente. Buenos días a todos y a todas. Me gustaría saber si la Junta de Castilla y León, la Consejería de Sanidad, tiene conocimiento de una práctica habitual que hemos detectado al menos en el área de salud del Bierzo y en el área de salud de León, que consiste en que se envía un fax a un consultorio determinado por la mañana para que se ponga en la puerta de ese consultorio, anunciando que ese día no se va a pasar consulta, a pesar de estar programada, y que la consulta se deriva a otro pueblo, a otra localidad.

Le digo que es una práctica habitual. Me gustaría saber si la Junta la... la conoce, qué valoración hace de esto, y si considera que, existiendo esta práctica, se



puede seguir manteniendo que, después de la reestructuración, se mantiene la intensidad y la frecuencia.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para contestar a las cuestiones planteadas, tiene la palabra el Ilustrísimo señor Gerente Regional de Salud.

EL DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR GARCÍA PRIETO):

Yo lo que tengo es el número de reclamaciones escritas, o sea, de lo que tengo constancia es del número de reclamaciones escritas que hemos recibido en las diferentes Gerencias de Atención Primaria. Lo que se ha hecho, las... las reclamaciones que han sido atendidas son aquellas que, por alguna equivocación, no cumplían los... las normas que establecíamos; las normas que establecíamos eran el que no se rompiese el núcleo familiar; es decir, si por alguna razón... perdón, no decíamos el núcleo familiar, el criterio exacto no era el núcleo familiar, era que convivieran en el mismo domicilio, porque, de esta manera, pues uníamos... abarcábamos un aspecto más amplio, ¿no? Entonces, en alguna ocasión, pues ha podido ocurrir que... que esto no se ha cumplido; se ha dado una respuesta y se ha vuelto a cambiar.

En todo caso, lo que estamos haciendo en estos momentos es hacer un cambio, y lo que le pedimos a los usuarios en la carta que les enviamos es que mantengan la asistencia sanitaria con el nuevo médico durante seis meses, y que si, transcurridos estos seis meses, ellos consideran que sí que deben... que quieren volver con su médico anterior, pues volverán de nuevo con su médico anterior. Esto conllevará, lógicamente, nuevas adscripciones, porque, si no, no conseguiríamos nunca equilibrar los cupos de... de médicos en una zona básica de... de salud; y lo que tratamos es de conseguir que las cargas, que el número de pacientes, y... y no solamente desde el punto de vista cuantitativo, sino también desde el punto de vista cualitativo, es decir, desde el punto de vista del... de los tramos de edad y, por lo tanto, de la demanda que realizan estos pacientes, pues esté equilibrada entre los diferentes facultativos y las diferentes enfermeras que conforman un equipo de Atención Primaria.

En cuanto a... a la pregunta que me hacía la Procuradora Marqués Sánchez, le contesto que no tenemos conocimiento de que este... de que esta práctica se esté realizando; en cuanto salga de aquí, llamaré a los dos Gerentes de Atención Primaria, porque, precisamente, lo que hemos hecho es decir que esto no se puede hacer. Lo que hemos hecho ha sido comunicar a todos los Alcaldes... nosotros a veces tenemos dificultades para saber... no dificultades, tenemos imposibilidad de saber si un día, en un consultorio local, se ha suspendido la consulta; no podemos... no tenemos ningún medio, salvo que la población nos lo comunique, salvo que los representantes de esa población en el medio local, que son los Ayuntamientos, nos lo comuniquen. Este ha sido el motivo por el cual la comunicación de los horarios la hemos realizado a través de los Alcaldes.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Segundo punto del Orden del Día. Por el señor Vicepresidente se dará lectura del segundo punto del Orden del Día.

**SC/000178****EL VICEPRESIDENTE (SEÑOR GARCÍA BERMEJO):**

Segundo punto del Orden del Día: **Comparecencia del Ilustrísimo señor Gerente Regional de Salud, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre unificación de las dos Áreas de Salud que actualmente existen en Valladolid.**

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Tiene la palabra el Ilustrísimo señor Gerente Regional de Salud.

EL DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR GARCÍA PRIETO):

Señor Presidente. Señoras y señores Procuradores. De nuevo comparezco esta mañana ante esta Comisión, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, y en nombre del Consejero de Sanidad, para informar a Sus Señorías sobre el proyecto de unificación de las dos áreas de salud de Valladolid.

Permítanme, Señorías, iniciar mi exposición con un breve recordatorio del marco normativo referido al tema objeto de esta comparecencia.

La Ley 14/1986, de veinticinco de abril, General de Sanidad, y la Ley 8/2010, de diez... de treinta de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, establecen que las áreas son las estructuras fundamentales del sistema público de salud de Castilla y León, cuya organización ha de asegurar la continuidad de la atención sanitaria en todos los niveles asistenciales, facilitando la coordinación de todos los recursos que le correspondan, a fin de configurar un sistema sanitario coordinado e integral. Permítanme que subraye lo que, a nuestro juicio, es esencial de la norma: asegurar la continuidad de la atención sanitaria en todos los niveles asistenciales y facilitar la coordinación de todos los recursos.

Asimismo, y como sobradamente conocen, se establecen... las áreas de salud se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como la... las instalaciones sanitarias del área, matizando que, en todo caso, cada provincia tendrá un mínimo de un área de salud y que, con carácter general -y subrayo de nuevo esta palabra, con carácter general-, cada área extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes, ni superior a 250.000. Este criterio, por tanto, no es exclusivo, pudiendo variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, ya que la esencia de esta norma es que la delimitación del área de salud permita una asistencia sanitaria integral, integrada, accesible, que facilite la continuidad asistencial y la coordinación de todos los recursos existentes en la misma.

El Decreto 108/1991, de nueve de mayo, de Castilla y León ordenó territorialmente su sistema sanitario en materia de asistencia especializada en 11 áreas de salud: una en cada provincia, con excepción de León, en la que la Comarca del Bierzo se constituyó en un área, y la provincia de Valladolid, que quedó configurada



en dos áreas de salud (Valladolid Este y Valladolid Oeste), solo y exclusivamente atendiendo a criterios demográficos y sin que exista una separación geográfica natural entre ambas. Es más, en la... en la propia capital queda dividida en dos áreas, de tal forma que puede... -y se da la circunstancia- de que las personas que viven en determinadas calles pertenezcan a una u otra área por el hecho de corresponder su vivienda con los números pares o impares.

El área de salud de Valladolid Este, con 266.835 tarjetas sanitarias -datos de junio del dos mil catorce-, comprende 24 zonas básicas de salud y tiene como centros de referencia para la Atención Especializada el Hospital Clínico Universitario, el Hospital de Medina del Campo y los Centros de Especialidades de Pilarica y Delicias.

El área de salud de Valladolid Oeste, con 255.811 tarjetas sanitarias individuales, comprende 17 zonas básicas de salud y tiene como centro de referencia para la Atención Especializada el Hospital Universitario Río Hortega y el Centro de Especialidades de Arturo Eyries.

Los dos hospitales de Valladolid cuentan con una cartera de servicios completa a nivel de área y varios servicios de referencia, y atienden a usuarios de otros hospitales de Castilla y León para servicios y técnicas que son considerados de referencia. Así pues, las áreas de Valladolid disponen de recursos de Atención Especializada -camas, quirófanos, consultas- suficientes para prestar una atención de calidad a sus ciudadanos, y se sitúan en torno a la media de Castilla y León.

Sin embargo, esta situación puede mejorar, y el instrumento que nosotros hemos planteado para ello es la delimitación de un área de salud única para Valladolid, que nos permita la creación de un complejo hospitalario con los tres hospitales existentes en la provincia. La creación de un área única de salud en Valladolid y de un complejo asistencial que integre los tres hospitales pretende mejorar el funcionamiento y la coordinación de los tres hospitales de la provincia, y, con ello, mejorar la calidad de la atención sanitaria que reciben los vallisoletanos, y obedece exclusivamente a motivos de carácter estructural y organizativo.

Este proyecto responde a la planificación de objetivos realizada por la Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional de Salud al inicio de la presente legislatura; planificación que quedó recogida en el documento de Líneas Estratégicas y Objetivo de la Gerencia Regional de Salud para el periodo dos mil once-dos mil quince, y que, en concreto, se enmarca en dos líneas estratégicas: línea 2, adaptación de nuestro servicio de salud a los nuevos modelos de atención, mediante el incremento de la capacidad de resolución y mejora del rendimiento de los centros hospitalarios, y el avance en la gestión compartida de los procesos asistenciales; y línea 3, ordenación, accesibilidad y equidad bajo la perspectiva de la efectividad y la eficiencia, mediante la ordenación de los recursos asistenciales, tanto materiales como humanos, y la colaboración entre profesionales y centros sanitarios.

Por tanto, con este proyecto tratábamos de constituir en las áreas de Valladolid un modelo asistencial y organizativo que considere al paciente el centro del sistema sanitario, modelo sustentado en la creación de una nueva y única área de salud en Valladolid, que, sin duda, va a permitir una mejor coordinación de los recursos asistenciales, humanos y materiales de ambas áreas y garantiza una mejor accesibilidad y calidad de la asistencia sanitaria.



Son fundamentalmente tres los motivos que nos llevan a plantearnos este objetivo, y estos concurren al mismo tiempo:

En primer lugar, se ha constatado, a lo largo de estos años, una desigual evolución de la población adscrita a las dos áreas de salud. Esta desigualdad vendría determinada tanto porque el crecimiento urbanístico experimentado en los últimos años en Valladolid capital y zona periurbana como por el patrón demográfico distinto de algunas zonas básicas de salud integrantes de las dos áreas. A este respecto, desde dos mil dos se ha producido en la provincia de Valladolid un incremento global de 23.000 tarjetas sanitarias, que, si bien no es un número muy grande, se ha producido a expensas de un importante crecimiento en el área oeste y, paralelamente, un decremento en el área este.

Señorías, quiero recordarles que ya en diciembre del dos mil ocho, coincidiendo con la puesta en funcionamiento del nuevo Hospital Universitario Río Hortega, estas diferencias de la evolución en la población obligaron a realizar una redistribución de las tarjetas sanitarias, que permitió en ese momento reequilibrar la población de ambas áreas. Transcurridos tan solo cinco años, se ha producido una nueva modificación en la población, que, a corto o medio plazo, de continuar esta tendencia tal como se prevé, ocasionará la necesidad de una nueva distribución de zonas básicas de salud entre las dos áreas, con el consiguiente trastorno para algunos ciudadanos, que verán modificado el hospital que hasta ahora tenían de referencia.

La organización en un área única de salud haría innecesaria una nueva distribución de zonas entre los dos hospitales, ya que permitiría que el equilibrio de la población atendida se lograra mediante la asignación de pacientes nuevos o procesos agudos, no afectando, por tanto, a los pacientes crónicos, que tradicionalmente vienen siendo vistos en uno u otro hospital.

En segundo lugar, hay que tener presente, como ya se... ya he referido, que la delimitación de las áreas de Valladolid capital no está basada en factores geográficos, sino que es el resultado de trazar una línea divisoria y adscribir las zonas básicas de salud a una u otra área, de tal manera que, como ya he señalado anteriormente, nos encontramos con usuarios que pueden residir en la misma calle y, sin embargo, están adscritos a áreas distintas y, consecuentemente, a distintos hospitales.

Esta organización puede dificultar el acceso a las especialidades de referencia de uno u otro hospital, ya que, aun residiendo en la misma localidad, deben de seguir la tramitación establecida para la derivación entre áreas de salud. Por ello, es evidente que la delimitación actual en dos áreas de salud supone, sin duda, una barrera administrativa y territorial, que a veces los usuarios sortean mediante virtuales cambios de domicilio, e impiden asegurar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios de los ciudadanos de Valladolid.

Así mismo, la constitución de un solo complejo asistencial, tal y como ha sucedido en todas aquellas áreas en las que existía más de un hospital, nos permitirá sumar recursos, sin prescindir de ninguno de ellos, y posibilitará que los dos hospitales de referencia realicen una gestión similar de los procesos asistenciales e incrementará la capacidad de elección del paciente, la capacidad de resolución de ambos hospitales, así como la compensación de las demoras entre los distintos centros, respondiendo mejor y en menos tiempo a las necesidades de los ciudadanos.



En tercer lugar, la complejidad de la asistencia sanitaria, la actualización y ampliación de la cartera de servicios y la modernización tanto de las infraestructuras sanitarias como de los equipos de alta tecnología requieren con mayor asiduidad que los procesos asistenciales sean atendidos por equipos multidisciplinares, lo que implica la colaboración entre distintas especialidades, al concurrir en un mismo proceso asistencial varios servicios.

En ocasiones, surgen dificultades en la implantación en uno de los tres hospitales de Valladolid de determinadas técnicas o procedimientos, porque los recursos humanos y/o materiales necesarios están ubicados en hospitales diferentes.

Tampoco son ajenas a esta situación las aspiraciones de los profesionales a formarse o participar en procesos y procedimientos más complejos, a los que no pueden acceder porque los recursos asistenciales están en el otro hospital. Estos problemas podrían ser salvados al sumar los recursos de ambos centros hospitalarios, logrando con ello sinergias que favorecen una prestación sanitaria eficiente y de calidad.

De este modo, se posibilita que, en determinadas unidades muy especializadas (hemodinámica, trasplantes, quemados, cirugía pediátrica), puedan participar profesionales sanitarios de los tres hospitales, lo que, además de favorecer los flujos de pacientes, potencia y posibilita un desarrollo de la cartera de servicios en estas técnicas y procedimientos que en la actualidad se están derivando a otros centros por falta de masa crítica.

Todas estas razones y consideraciones nos indican que es necesario y positivo para la población de Valladolid el cambio hacia una nueva estructura organizativa que nos permita una ordenación más simplificada. La puesta en marcha de este proyecto implica la necesidad de realizar modificaciones en la normativa vigente, procediendo, por ello, a elaborar el borrador de decreto que creaba el área de salud de Valladolid, documento que fue presentado tanto a los órganos de participación ciudadana -Consejo Castellano y Leonés de Salud, los dos Consejos de Salud de Área- como a las organizaciones sindicales, y que fue contestado por unos y por otros. Probablemente, y favorecido por el contexto de crisis económica, no fuimos capaces de transmitir adecuadamente el objetivo del proyecto, y este se percibió en términos economicistas y no como de mejora de la atención sanitaria, ante lo cual la Consejería de Sanidad ha decidido posponer el proyecto hasta que alcance un amplio consenso.

No obstante, Señorías, seguimos trabajando para intentar conseguir mayores niveles de coordinación e integración de la oferta de servicios asistenciales en las dos áreas de salud de Valladolid, y, en este sentido, se han definido algunos ámbitos de colaboración que han permitido que algunos profesionales de ambos hospitales estén participando en proyectos conjuntos, orientados a la mejora de la atención a los ciudadanos de Valladolid, si bien es cierto que quedarán pendientes otros aspectos y cuestiones inabordables en el momento actual, que solo pueden ser salvados con la constitución de un área única para la provincia de Valladolid y la posterior creación de un complejo asistencial que permita trabajar a los tres hospitales de Valladolid de una forma integrada e integral.

En definitiva, Señorías, el proyecto pretende crear un marco que posibilitará una mejor coordinación e integración de los hospitales de la dos áreas de Valladolid,



con el único objetivo de lograr una asistencia sanitaria con mayores niveles de calidad y accesibilidad tanto para los ciudadanos de Valladolid como para el resto de la Comunidad. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, se procede a la apertura de un turno de los Portavoces de los distintos Grupos Parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, don Jorge Félix Alonso Díez.

EL SEÑOR ALONSO DÍEZ:

Gracias, señor Presidente, y gracias al Gerente por su exposición. He intentado seguir la explicación que nos ha dado y a lo mejor esto motiva que... que, a lo mejor, mi intervención pues no sea muy ordenada, pero voy a intentar plantear aquellos temas que nos preocupan realmente en relación con la unión de las áreas.

Primero, dos observaciones, aunque solo sea de estilo, porque decía que el... el borrador de decreto había sido contestado, quiero decir... quiere decir que había sido contestado negativamente, o sea, con oposición, ¿eh?, porque podía darse a entender que había sido... digamos que habían hecho algún informe y demás, ¿no?

Y luego, la otra cuestión es que, cuando hace referencia a la Ley General de Sanidad, el Artículo 56, pues indudablemente establece que, como regla general, lo de las... las cuantías entre 200 y 350.000 habitantes, pero... pero se establece eso, o sea, quiere decir que se da esa cifra; podía no haberse dado. Entendemos que, cuando se establece en una ley pues una cifra, pues será porque hay elementos que han justificado que se... tomar eso como referencia, aunque no sea absoluto. Es decir, está claro que no tiene por qué ser una cifras inamovibles, pero está claro que cuando se establecen en una ley, pues tiene que ser una referencia que viene como consecuencia de que ha habido experiencias que dicen que eso es lo más aconsejable, que las áreas estén en torno a los 200/250.000 habitantes. Y, en el caso de las dos áreas de Valladolid, la población que atienden, por los propios medios de comunicación -han facilitado la información-, se llega hasta los 700.000 habitantes, con lo cual, se amplía bastante esas cifras, y nos parece que se parte... la situación actual parte de algo que parece que es lógico.

Y la cuestión, yo creo que de fondo... porque hay una cuestión que no es discutible, y es el que hay especialidades en una de las áreas y otras especialidades en la otra en las cuales las personas que acuden a un área, porque están adscritas a esa área, tengan que acudir al otro área a recibir algún tipo de especialidad. Eso... eso no es discutible, y además eso es necesario, está bien, y se está haciendo en este momento, porque usted lo ha dicho y es así. Pero una cuestión es que haya un Gerente único, que pudiera tener o aportar una visión global a las dos áreas, y otra cuestión es que se fundan las dos áreas. Yo creo que son dos cuestiones distintas, que yo creo que ese es el fondo del tema.

El que haya especialidades -insisto- en el Hospital Río Hortega o en el Hospital Clínico que se presten en uno, y en otro sí y en otro no, pues... y que los pacientes puedan cambiar de uno a otro, me parece que eso es razonable, pero el que... eso no tiene por qué implicar el que desaparezcan las áreas. Y, es más, en este tema, hay



un tercer hospital, que es el de Medina del Campo, que nos preocupa mucho que en esta situación quedara sin contenido. Es decir, y eso es lo que realmente preocupa a los vecinos de Medina del Campo.

Está claro que va a haber especialidades que van a... por rentabilidad, que van a estar mejor prestadas en un único hospital; pero otras especialidades, y sobre todo pruebas diagnósticas, van a tener que estar en los tres hospitales. Yo creo que eso está claro. Y yo creo que ese es uno de los problemas que ha originado el borrador. El borrador era tan simple que decía muy pocas cosas, dejaba todo a un desarrollo posterior, que incluso tenía más disposiciones transitorias que artículos. Lo cual, yo creo que eso ha contribuido a crear toda esa inquietud que ha creado en las organizaciones sindicales, que ha creado en este Grupo y que yo creo que ha creado en el conjunto de la población.

Porque, al final, mire, los tres argumentos que fundamentalmente nos ha dado para justificar la fusión de las áreas yo creo que se pueden prestar perfectamente, o se pueden garantizar que esos tres argumentos se le da una respuesta positiva con la situación actual más desarrollada. Quiero decir, yo, no hace muchas fechas, iba con un familiar mío que está en el área del Hospital Clínico -creo que es el área este-, con... a hacer unas pruebas al Hospital Río Hortega. Quiero decir que, en definitiva, eso que me está planteando de que en una calle haya una... haya unos vecinos que estén en un área u otra, yo creo que eso es... -el que tenga que acudir puntualmente a otra área- es menos conflicto que el que nadie sepa al final dónde tiene sus especialistas. Porque si se funden las áreas, lo cierto es que los especialistas van a estar indistintamente en cualquiera de los dos hospitales, mientras que ahora, con carácter general, están en uno, y, cuando hay necesidad, se acude al otro área.

El borrador tenía dos... dos cosas que eran prácticamente lo que realmente era... era novedoso o era nuevo, ¿no?: por un lado, lo del Gerente único, que... que insisto que esa figura puede existir sin necesidad de que se fundan las áreas; y luego, lo que más preocupaba era la movilidad geográfica -y sabe que es así-, el tema de la movilidad geográfica de forma obligatoria. Eso es lo que mayor rechazo ha originado en el colectivo de los profesionales. Y, bueno, pues eso habría que buscar fórmulas, ¿eh?, si esto llegara a hacerse.

Y luego, por parte, desde luego, del Grupo Socialista, lo que consideramos es que hay unas negociaciones pendientes, que están en relación con la ordenación del territorio, y nos parece que eso debería encajarse, si se llega a... o sea, o se replantea este tema -como se ha dicho- a finales del próximo año, pues debería contemplarse dentro de una noción mucho más... mucho más amplia.

Desde luego, entendemos que el borrador de decreto debería ir acompañado de una memoria, una memoria que bajara al detalle, lo que hoy nos ha explicado, y entiendo que algunas cosas más. Quizá no se hacen esas cosas porque pueden dar lugar, pues, en la medida que se sepa más qué es lo que se va a hacer, puede tener también más... más contestación. Pero yo creo que, en aras de la transparencia, y, además, de aunar voluntades, pues es importante el tener toda la información. E insisto, el borrador de decreto yo creo que ha creado más alarma por lo poco que decía que por lo que... todo lo que nos ha explicado.

Y, en consecuencia, desde luego, este Grupo no está cerrado a que se mejore, como no puede ser de otra manera, la asistencia sanitaria y se ordene el sistema,



¿no?, porque eso, desde luego, indudablemente, tiene que redundar en la atención a los beneficiarios, a los ciudadanos. Pero, claro, tiene que convencerlos que las reformas contribuyen a esa finalidad, y cuando tiene tantas incógnitas, pues, indudablemente, lo que genera es preocupación, que es lo contrario de lo que entendemos que debería pretenderse con el área única.

En definitiva, nos parece que la información y la transparencia, pues, contribuye a que estos proyectos, pues, puedan desarrollarse mejor. También yo creo que se han planteado demasiadas cosas a la vez. Quiero decir que las unidades de gestión clínica, la fusión de las áreas, la reordenación que antes hablábamos, yo creo que todas estas cosas, pues, hace que se pueda discutir con tranquilidad... o impide que se pueda discutir con tranquilidad un planteamiento de este tipo. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra don Jesús Aguilar Santamaría.

EL SEÑOR AGUILAR SANTAMARÍA:

Muchas gracias. Bueno, pues parece que todo momento de cambio y planteamiento de nuevos modelos organizativos, pues suponen una oportunidad para la mejora del sistema sanitario, ¿no?, con la posibilidad de superar problemas y mejorar la organización y la integración de los servicios hacia objetivos comunes, ¿no?

Por eso, en la situación económica en la que nos encontramos, parece razonable buscar la integración de los recursos sanitarios, a nivel de las áreas sanitarias, para acabar con el uso inadecuado de los recursos. Las consecuencias más evidentes de esta situación son las duplicidades de actuaciones, los despilfarros de los recursos, la realización de tareas innecesarias, los retrasos injustificables en los diagnósticos y los tratamientos o -lo que hablamos muchas veces aquí- las largas listas de espera, ¿no?

Esta adaptación a nuevos modelos de atención requieren la mejora del rendimiento de los centros hospitalarios, así como la ordenación, la accesibilidad y la equidad, mediante la colaboración entre los profesionales y los centros sanitarios. Este proceso requiere ser flexible y abierto, en constante acomodo con las necesidades que vayan surgiendo. Se trata de evitar duplicar funciones y servicios, adicionando capacidades de los centros asistenciales. Entendemos que la idea es integrar los centros hospitalarios de la provincia de Valladolid, divididas actualmente en las dos áreas -tal y como nos ha comentado el Gerente-. Entendemos que la población de estas dos áreas conjuntamente suponen más del 21 % del total de la Comunidad, con una perfecta accesibilidad, tanto interna en la capital como para las zonas rurales de la provincia; que ambos hospitales principales tienen una amplia cartera de servicios, excelentes profesionales, que están dotados con recursos suficientes, tanto de camas, quirófanos, como de equipamiento y servicios.

Y, si bien el proyecto inicial era la creación de un único área de salud en la provincia de Valladolid en el que se incluyeran todos los recursos asistenciales, se ha iniciado este... este proceso mediante la coordinación e integración de los dos grandes hospitales, ¿no?, el Hospital Clínico Universitario y el Río Hortega. Esa in-



tegración supondrá que el área de referencia... un área de referencia para más de 700.000 personas, y permitirá potenciar la cartera de servicios, incorporando técnicas y procedimientos que en principio no podrían ser asumidos por los actuales hospitales en cada una de sus áreas, por su relativa... reducida cobertura poblacional.

Uno de los objetivos fundamentales, por tanto, que se persigue con la integración es reducir los desequilibrios que se produce entre los centros hospitalarios, para que no tengan duplicidades y se puedan desarrollar la actividad asistencial de forma conjunta. Además, facilitaría una mayor elección al ciudadano, cumpliendo con algunos de los principales... de los principios básicos del sistema sanitario, como son la equidad y la igualdad de acceso a todos los servicios públicos asistenciales; así como agilizaría la actividad investigadora y la formación conjunta de los profesionales.

Este Grupo Parlamentario valora positivamente los esfuerzos que por parte de la Consejería de Sanidad se están realizando para que este proceso se desarrolle de manera pactada y de manera voluntaria, contando con los profesionales y los trabajadores de los centros, y con los representantes sindicales.

Por otra parte, pues entendemos esa... entendemos el problema también que decía el Grupo Socialista, estos problemas que muchas veces nos estamos encontrando durante toda la legislatura, que también aparece un poco esa postura inmovilista, ¿no?, de ciertos sectores, de ciertos partidos, de ciertos sindicatos, también, que parece que se obstaculiza todo lo que suponga un cambio, aunque sea en beneficio de la población y de los profesionales sanitarios. No queremos muchas veces derribar barreras administrativas y territoriales, dificultando el logro de nuevos retos a los que se enfrenta la sanidad actual. Yo tengo un poco la sensación de que, al final, no se quiere cambiar nunca nada, y al final acabamos no tocando nada y, por lo tanto, no mejorando nada.

Este proyecto no se plantea en términos economicistas, de recortes o de ajustes; es buscar una excusa recurrente y yo creo que demasiado ya manida. Se plantea en términos de calidad de la asistencia sanitaria, de cambios que vayan dirigidos a mejorar la organización y la hagan más eficiente. Hacer las organizaciones mejores y más eficientes no significa tener más, más, más y más gente, más y más y más personas; significan otras cosas. Y es ignorar una realidad como que en la actualidad algunos servicios y prestaciones ya se vienen realizando desde uno de los dos hospitales de área (o bien el Clínico, o bien el Río Hortega), para todos los ciudadanos de Valladolid, con independencia de la calle, de la zona o del municipio en el que residen, como son alergología, cirugía vascular y cirugía cardiovascular, cirugía maxilofacial, plástica, oncología, radioterapia, rehabilitación psiquiátrica o diversos programas de trasplante.

En definitiva, es una manera más de colocar al paciente donde tiene que estar, que es en el eje del sistema sanitario y que los esfuerzos vayan destinados a procurar una calidad asistencial y que se mantenga la... la continuidad de los cuidados. Nada más.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para responder a las cuestiones planteadas, tiene la palabra don Eduardo García Prieto.

**EL DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR GARCÍA PRIETO):**

Muchas gracias, Presidente. Intentaré contestar a... a las preguntas que se han planteado. Efectivamente, o sea, en primer lugar, cuando digo que fue contestado, fue contestado negativamente; fue... hubo una respuesta social que nosotros en ningún momento esperábamos, que posiblemente se da en un contexto, pues, en el cual ciertos grupos, ciertas personas, ciertas organizaciones, pues se empeñan en relacionarlo con una disminución de recursos. Yo recuerdo todavía algunas noticias que hablaban de 1.700 personas menos que... que iban a trabajar en los hospitales, y yo por muchas cuentas que echaba... o sea, no me salían de ninguna manera, no... no entendía de dónde podían salir las cuentas de que 1.700 personas se iban a ir a la calle, cuando lo que estábamos planteando en todo momento... y el planteamiento nuestro en todo momento ha sido un planteamiento de sumar, no de restar; ha sido un planteamiento de que la gente pueda trabajar de forma conjunta. Por eso la simplicidad del decreto. La simplicidad del decreto, lo único que decía, lo único que hablaba era, precisamente, de que cogíamos una... una raya, que habíamos pintado, que la habíamos movido algunas veces, y que la borrábamos. No decía otra cosa.

¿Qué implicaciones tiene esto? Pues, efectivamente, o sea, otras de las cosas que se dijeron fue: no, es que nos van a mover de un hospital. Vamos a ver, el Hospital de Medina del Campo y el Hospital del Clínico están en el mismo área; yo no sé a cuánta gente mandamos desde el Clínico todos los días a trabajar a Medina del Campo o desde Medina del Campo al Clínico. No ocurre esto. Si esto no ocurre, por qué va a ocurrir si lo que haces es simplemente ampliar otro hospital más. La gente que trabaja en los centros de especialidades trabaja en los centros de especialidades; la mayor parte de la gente que está en el centro de especialidades -de Delicias, o de Pilarica, o de Arturo Eyries- su... su jornada laboral discurre todos los días en el mismo centro de especialidades. Por lo tanto, ni se nos ocurría explicar esto; nos parecía absolutamente innecesario. O sea, era algo, pues que no se nos ocurrió que nadie pudiera imaginar, porque... porque ya se daban circunstancias similares en... en el área de Valladolid Este y, por lo tanto, no había ninguna necesidad de excusarnos antes de... si nos hubiéramos excusado, es que lo habíamos estado pensando, pero es que ni siquiera lo pensamos y nos pilló de sorpresa. Nos pilló de sorpresa, pues el pensar que... que es que íbamos a reducir... que ciertos sectores dijeran que es que íbamos a reducir los servicios, que es que íbamos a quitar servicios en Medina del Campo. ¡Qué va! O sea, todo lo contrario. O sea, si... si lo que queremos es mantener los servicios de Medina del Campo; pero, además de mantener los servicios de Medina del Campo, reforzarlos con el apoyo del Hospital... del Hospital Clínico -que ya lo recibe en ciertas ocasiones- y del Hospital de... del Río Hortega.

La cultura que hay en estos momentos es una cultura de centro sanitario; es una cultura, pues que se ha creado por la estructura que tenemos de... de centros de gasto y de Gerencias en las cuales cada centro se ha ido acostumbrando a trabajar de forma autónoma, mirando a sí mismo, atendiendo... dando respuesta a los problemas de esos pacientes, pero mirándose a sí mismo. Nosotros lo que estamos intentando es conseguir que los hospitales, que los centros de Primaria, que todos los centros sanitarios de la Comunidad trabajen de una manera coordinada, que trabajen mirándose unos a otros, que trabajen de forma colaborativa.



Alguien nos dijo también que es que esto... nos pilló la “marea blanca” de Madrid y alguien también pues dijo que es que lo que íbamos a hacer era privatizar, porque, claro, lo que estábamos haciendo era crear un área única, como en Madrid, y con eso lo que pretendíamos posteriormente era el primer paso que íbamos a dar para privatizar. Nada más lejos de nuestra intención. El planteamiento que hacemos en todo momento no es un planteamiento de hacer un área única y que el paciente elija y que entonces los recursos que recibe cada hospital estén basados en el número de pacientes que atiende, sino lo que estamos haciendo es plantear un área única que lo que nos permite es establecer colaboración; no competencia, no competitividad entre los dos... entre los tres hospitales, sino establecer una mayor capacidad, una mayor competencia de todo el grupo. Cuando algo se une normalmente lo que conseguimos es incrementar, es mejorar; no lo unimos para... para eliminar.

Por lo tanto, nos pilló de sorpresa toda esta contestación, que... que alguien empezó a... a creer que estaba en una agenda oculta que teníamos, y que, como nosotros no teníamos ninguna agenda oculta, pues no se nos ocurrió explicarlo, claro. Y hemos tratado de explicarlo después, y hemos seguido trabajando en la misma línea. Pero ¿cuál es la realidad? La realidad es que, mientras que no tengamos un área única, hay dificultades para establecer determinados servicios comunes. Claro que tiene que mantener cada uno sus especialidades -y así lo planteábamos-, pero hay determinados servicios comunes que necesitamos la colaboración de los dos hospitales, porque resulta que hemos ido distribuyendo especialidades de referencia que se sitúan en un hospital y otras especialidades de referencia que se sitúan en otro hospital. ¿Y qué nos ocurre? Pues nos ocurre, por ejemplo, pues que tenemos una unidad de quemados en el Hospital Río Hortega y tenemos la unidad de cuidados intensivos pediátricos en el Hospital Clínico, porque tenemos también allí la cirugía pediátrica.

Y esto ¿qué es lo que hace? Pues hace que no podamos atender niños quemados menores de catorce años en nuestra Comunidad; que si un niño menor de catorce años sufre grandes quemaduras, le tenemos que seguir derivando fuera. Si nosotros tuviéramos la posibilidad -que es lo que pretende el... este proyecto- de que la cirugía pediátrica permanece en el Hospital Clínico, que los cuidados intensivos permanecen en el Hospital Clínico, que la unidad de quemados permanece en el Hospital Río Hortega, pero que cuando tenemos un niño quemado, cuando tenemos un niño que requiere estos servicios, un médico, un intensivista pediátrico del Hospital Clínico le podemos decir: vete al Hospital Río Hortega y pasas, haces... atiendes allí a los pacientes, te coordinas con la unidad de cuidados intensivos del hospital, mantienes una... una referencia desde el otro hospital, podríamos atender a los niños. Tenemos el problema de que el trasplante hepático le hacemos en el Hospital Río Hortega, y el trasplante renal le hacemos en el Hospital Clínico; y así va a seguir siendo, pero el trasplante hepato-renal tenemos muchas dificultades para ponerle en marcha. Por lo tanto, si tenemos que hacer un trasplante hepato-renal, no le podemos hacer en Valladolid, porque necesitaríamos que trabajasen de forma conjunta los urólogos y los nefrólogos de... del Hospital Clínico y los hepatólogos y los cirujanos del Hospital Río Hortega.

Y esto ¿cómo lo podemos conseguir? Pues, cuando hemos empezado a estudiar esto desde el punto de vista normativo, es decir, cuando hemos preguntado ¿cómo podemos hacer que un médico, en un determinado momento, manteniendo su puesto de trabajo donde lo tiene, sin modificar su puesto de trabajo, sin modificar



su adscripción al centro de trabajo que tiene, en un determinado momento le podemos decir "vete a ese otro hospital a hacer esta tarea", sin... sin tenérselo que pedir, sin tener que recurrir exclusivamente a la voluntariedad, es decir, que forma parte de su obligación, que forma parte de sus contenidos el ir también al hospital, al otro hospital, cuando es necesario? Y esto ¿cómo... cómo lo hemos... cómo lo podíamos articular? Pues exclusivamente eliminando el área... la separación de las dos áreas. Porque, cuando hacemos referencia al Estatuto Marco, el Estatuto Marco nos dice que el ámbito de actuación del personal sanitario es el área. De hecho, en el trasplante hepato-renal, posiblemente, consigamos avanzar y consigamos... -porque, al final, la voluntad de los facultativos y la voluntad de los enfermeros... del personal de enfermería es buena- y consigamos avanzar; y consigamos avanzar en que se pongan en marcha, seguramente, el trasplante hepato-renal; al menos, es mi esperanza.

Pero... pero esto va a estar basado, simplemente, en que... en que los médicos, en que las enfermeras muestran su voluntariedad, muestran su disponibilidad para hacerlo. Si en un momento determinado esa disponibilidad se vuelve atrás, lo único que nosotros podríamos hacer es decir que ya no hacemos trasplante hepato-renal a pesar de que lo hemos puesto en marcha. Y esto es lo que pretendía el área. ¿Había planteamientos de... de que en el futuro pudiera haber hospitales, que hubiera una distribución de especialidades entre los dos hospitales? Era una posibilidad, una posibilidad que se abría; que se abría, desde luego, no para ahora, que se abría, pues para, a lo mejor, dentro de diez años, o cuando fuera; pero porque los propios profesionales -y así se lo planteábamos en las mesas sectoriales, y por eso tampoco podíamos explicar más- o en... o en los Consejos de Salud nos lo demandasen. Porque, a lo mejor, un día, pues nos dicen los propios profesionales, o nos dice la propia población que es mucho mejor tener un gran servicio del área materno-infantil, o del área de neurocríticos, o del área de patología, pues que es mucho más... mucho mejor tener ese gran servicio ubicado en un solo hospital que tenerlo distribuido entre los dos hospitales.

Pero, desde luego, el área lo único que abre es la posibilidad de colaboración, estableciendo eso, la... al final, que sí... sí que es mi obligación... o sea, hacer esto cuando... cuando lo hacemos, cuando es necesario, es la obligación de atender también en el otro hospital. La posibilidad de tener, por ejemplo, pues una admisión única -que estamos trabajando también en ver si somos capaces de instaurar un sistema de admisión única-, un sistema de admisión única, pues que hace que cuando un paciente se traslada desde el Hospital Clínico al Hospital Río Hortega, o desde el Hospital Río Hortega, por ejemplo, para hacer hemodinámica, porque necesita un tratamiento de hemodinámica en el Hospital Clínico, pues los trámites administrativos que hay que hacer son menores, porque, en realidad, de lo que estamos hablando es de una transferencia de un paciente de una unidad de hospitalización a otra unidad de hospitalización; que están en edificios distintos, pero de una unidad de hospitalización a otra unidad de hospitalización, no de un hospital a otro hospital, que tiene que pasar por el Servicio de Admisión de un hospital, enviarse la notificación, y que, aunque los médicos lo hayan hablado, al final, pues nos encontramos con trámites administrativos que es necesario cumplir, porque ese paciente está registrado en un hospital y hay que registrarle en el otro hospital. Y el poder compartir historia clínica, el poder compartir, pues otra serie de... de servicios.

Esto es lo único que... que perseguíamos con este... con este decreto: abrir esa posibilidad. Y por eso el decreto era tan sencillo, y por eso tampoco explicamos mu-



cho más, porque es que vuelvo a decir que nos vimos sorprendidos por la respuesta. Pues, a lo mejor, efectivamente, por eso también hemos aparcado un poco el... este proyecto. Para mí me parece fundamental para Valladolid. Yo creo que es uno de los proyectos fundamentales para el... tener un desarrollo de un hospital de calidad. Y hablo de un hospital, ¿eh? -o sea, aunque esté en edificios distintos-, de un hospital de calidad, de un hospital como el que se merece Valladolid, como el que se merece Castilla y León.

Esto ha ocurrido en otros sitios, y ha durado... el proceso ha durado un montón de tiempo, en Salamanca, en Zamora. En... en Zamora, pues Benavente y... y, esto... y el Hospital General, pues están en el mismo... son... hay un Gerente único, hay una misma Dirección, hay una coordinación de procesos, las urgencias están integradas. En Salamanca todavía no hemos acabado de integrar determinados servicios, y hay servicios que están todavía duplicados, y hace ya años que empezamos el proceso de... de unificación. Porque esto, luego, es un proceso lento, es un proceso en el cual están implicadas muchas personas, y hay que contar con todas ellas para irlo haciendo. No es un proceso en el cual nos ha... nosotros saquemos un decreto y mañana está hecho. Porque eso no funciona. Y, por lo tanto, así lo... lo planteamos también, como un proceso absolutamente participativo.

Yo... solamente una anotación desde el punto de vista legal -porque siempre se saca-: primero, cuando el Consejero habla de 700.000 habitantes de referencia, lo hace para algunas especialidades; el área tendría 500.000, no 700.000; para tener 700.000, estamos sumando Palencia y estamos sumando Segovia, que pertenecen al área de influencia, también, de referencia, del Hospital Clínico y del Hospital Río Hortega. Por lo tanto, estaríamos... el área lo que tendría sería 500.000; y 500.000 habitantes hay 18 áreas en toda España cuyas... muchas de ellas en Madrid, en Andalucía, en... en Cataluña, hay 18 áreas que tienen más de 500.000 habitantes; pero más de 250.000 habitantes tiene... tenemos aquí dos provincias que tienen más... dos áreas que tienen más de 250.000 habitantes: León y Salamanca. Y no... no cogemos y dividimos la provincia a la mitad por ese motivo; lo que hemos hecho en León, precisamente, ha sido unificar los dos hospitales; y, unificando los dos hospitales, el Hospital de León es mucho mejor, es mucho más fuerte que si mantuviéramos, que si hubiéramos mantenido los dos hospitales separados.

Yo termino simplemente... -no sé si he sido capaz de explicarles el proyecto- termino poniéndome a su disposición, a disposición -como no puede ser de otra manera- de los Grupos Parlamentarios para explicar este proyecto, para tratar de aclarar este proyecto y para explicar lo que no pone en el papel, pero podemos poner en cualquier documento en el momento en que Sus Señorías así lo deseen. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. En un turno de réplica, tiene la palabra don Jorge Félix Alonso Díez.

EL SEÑOR ALONSO DÍEZ:

Sí. Brevemente. Hay... hay una primera cuestión que, desde luego, como usuario de la sanidad, que es como lo que fundamentalmente hablo aquí -porque yo no soy como mi compañera Martín, señora Martín, que... que es, pues muy... experta en



este tema-, me cuesta entender que haya especialistas en un hospital que puedan no intervenir o no ponerse de acuerdo con especialistas del otro hospital para hacer esas intervenciones, como nos hablaba, del tema hepato-renal, como lo ponía como ejemplo. Me cuesta entender que eso hoy no se pueda hacer, y que tenga que... que hacerse un decreto para resolver ese tema. No sé, es... porque entiendo que... que el sistema de salud es de Castilla y León. Bueno.

El... hay... quizá, lo más importante, bajo mi criterio, de esta comparecencia es que todo lo que nos ha dicho está en el Diario de Sesiones y lo vamos a leer luego detenidamente, porque parece que se han explicado cosas que no... yo, por lo menos, no las había escuchado.

Y dos cosas más. Una cuestión es unificar los... los recursos y otra es la actividad de las áreas, ¿no? Son dos cuestiones que... que pueden hacerse sin que necesariamente -volvamos a lo mismo- tenga que hacerse ese decreto.

Y por último, lo que nos preocupa es la situación del Hospital de Medina del Campo. El Hospital de Medina del Campo yo entiendo que es un hospital de carácter comarcal, que tiene que tener determinadas especialidades por esa... ese... ese ámbito comarcal, pero, indudablemente, lo que nos preocupa es que se pueda quedar sin contenido. O sea, no podemos dejar sin contenido, porque, además, yo viví lo que costó crear el Hospital de Medina del Campo, y, además, yo creo que está plenamente justificado; cuando hablamos de ordenación del territorio y de fijar población, hay que mantener no solo los que existen y... y darles... llenarles de contenido, sino algunos otros que hace tiempo que se vienen demandando y que creo que también habría que... que tomar en consideración como... -y veo a mi compañera de Aguilar de... de Campoo-. Y este es el otro tema que nos preocupa, y que, indudablemente, no puede dejarse a un lado. No puede hablarse solo del Río Hortega y del Clínico, porque yo creo que hay que tener muy en cuenta lo que pase con el Hospital de Medina del Campo. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. En turno de dúplica, tiene la palabra el Ilustrísimo señor Gerente Regional de Salud.

EL DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR GARCÍA PRIETO):

Que es un solo Servicio Regional de Salud, que es el Servicio Regional de Salud de Castilla y León, es así, pero está... estamos dentro de un sistema público. Nosotros hemos apostado por un sistema público. Y tener un sistema público tiene sus ventajas y tiene también, pues, ciertos inconvenientes; y los inconvenientes que tiene, pues es que nos tenemos que atener a las normas que rigen, pues, los sistemas sanitarios públicos.

¿Qué es lo que marca la obligación de... de atención de un facultativo o de una enfermera? El ámbito, su ámbito geográfico es el área, y esto lo marca una ley, que es la Ley del Estatuto, no es... no es el decreto. Por lo tanto, nosotros la única solución que encontramos para salvar esa situación era unificar el área, y de esta manera, al unificar el área, pues esto, el ámbito de actuación de estos facultativos era toda la provincia, no era... no era exclusivamente el área, la delimitación de su área.



La buena voluntad de los facultativos para hacer estas cosas existe, y, de hecho, lo hacen. De hecho, he dicho: hay seis proyectos de colaboración entre los dos hospitales, que están tratando de ponerse en marcha. Pero el problema que surge es que hoy tenemos a estas personas; mañana, por la razón que sea, estas personas, pues cambian, y los que vienen dicen que no, y no les podemos decir que sí que tienen que seguir haciéndolo, tendríamos que dar marcha atrás, y sería difícil explicarle a la población que... que una cosa que hemos puesto, que un avance que hemos puesto, tenemos que dar... que dar marcha atrás.

El tema del Hospital de... de Medina del Campo, vamos a ver, a mí esto es otro tema también recurrente, que ha surgido a lo largo de toda la legislatura, y también nos pilla de sorpresa. Yo me he desayunado varias mañanas a lo largo de la esta legislatura con la noticia de que cerrábamos el Hospital de Medina del Campo. Jamás lo hemos pensado. Es que jamás ha entrado dentro de... de las más remotas de nuestras perspectivas; en absoluto. Todo lo contrario, o sea, lo que hemos tratado es de que el Hospital de Medina del Campo se refuerce.

El problema que tiene el Hospital de Medina del Campo es que es un hospital comarcal, y, por lo tanto, la posibilidad de que permanezcan en él los especialistas es muy pequeña. Los especialistas pasan por el Hospital de Medina del Campo y muchas... en muchas ocasiones buscan su desarrollo profesional en otros ámbitos. Al final, un cardiólogo aspira a hacer hemodinámica. ¿Por qué? Porque se ha formado en un hospital donde ha hecho... donde se ha formado y ha hecho hemodinámica, donde ha participado, a lo mejor, en trasplantes cardiacos. Y, claro, cuando le dices que su desarrollo profesional tiene que ser en un hospital donde va a atender, pues, problemas de... comunes de... de cardiología, pues busca otras salidas.

¿Qué es lo que buscábamos con esto? Lo que buscábamos con esto es buscar fórmulas, abrir la puerta; simplemente, este decreto lo único que hacía era abrir la puerta para buscar fórmulas que permitieran que ese cardiólogo de Medina del Campo pudiera participar de alguna forma en la hemodinámica del Hospital Clínico, y que pudiera ir al Hospital Clínico. Y esto es lo que se buscaba. Pero, en absoluto, jamás hemos pensado que el Hospital de Medina del Campo fuera innecesario. Hay que mantener el Hospital de Medina del Campo, es necesario el Hospital de Medina del Campo, y se tendrá que mantener en el mismo nivel, en el mismo término que actualmente tiene y con la misma cartera de servicios que actualmente tiene.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Terminado el turno de Portavoces, se procede a la apertura de un turno para que el resto de Procuradores presentes que no hayan intervenido puedan escuetamente formular preguntas o pedir aclaraciones sobre la información facilitada. ¿Alguna pregunta? ¿Alguien por el turno...? ¿Grupo Socialista? Ninguno. ¿Por el Grupo Popular? Tampoco.

Agradecemos, una vez más, a don Eduardo García Prieto, Gerente Regional de Salud, su comparecencia en esta Comisión.

Y, no habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

[Se levanta la sesión a las doce horas treinta minutos].